

	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/07/2020

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: MELO MORENO CINDY JOHANNA</b>			
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>	<b>C.C X C.E</b>	<b>NO.</b>	<b>1019117365</b>
<b>CELULAR:</b> 3115785017	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> cindyjmelomoreno@gmail.com	<b>SEDE:</b> HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	<b>CENTRO DE COSTOS:</b> HSBI06 - HOSP MEDICINA INTERNA USS SIMÓN BOLÍVAR
<b>PROCESO:</b> DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		<b>SERVICIO:</b> ASISTENCIAL	
<b>ENTIDAD FINANCIERA:</b> BANCO BOGOTA	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b> 83364737	
<b>PENSIONADO:</b>	<b>SI No X</b>		

### INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

<b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 1343-2026				<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b> 4			
<b>CDP 1</b>	164	<b>FECHA</b>	22/01/2026	<b>CRP 1</b>	12384	<b>FECHA</b>	10/02/2026
<b>CDP 2</b>	703	<b>FECHA</b>	20/05/2026	<b>CRP 2</b>	19036	<b>FECHA</b>	22/05/2026
<b>CDP 3</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 3</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 4</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 4</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 5</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 5</b>	—	<b>FECHA</b>	—
<b>CDP 6</b>	—	<b>FECHA</b>	—	<b>CRP 6</b>	—	<b>FECHA</b>	—

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

<b>PERIODO CERTIFICADO:</b>	<b>DESDE</b>			<b>HASTA</b>		
	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
	01	05	2026	31	05	2026
<b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b> \$ 2.566.056	<b>TIPO DE SERVICIOS:</b> ASISTENCIAL			<b>VALOR HORA / DÍA:</b> \$ 13.796		

**OBSERVACIONES:** (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

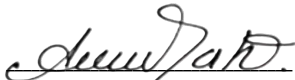
### CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

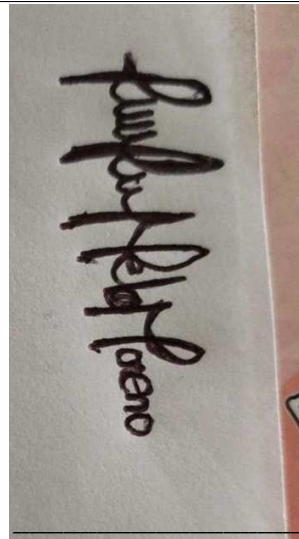
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 12.388.808
VALOR EJECUTADO	\$ 7.173.920
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.648.832
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.214.888
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	<b>57.9 %</b>

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	8380052922

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b> ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	
---	--

A vertical photograph of a handwritten signature in black ink on a light-colored surface. The signature is written in a cursive style and reads 'Cindy Johanna Melo Moreno'.

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**  
MELO MORENO CINDY JOHANNA  
CC: 1019117365


	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CTF-50
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

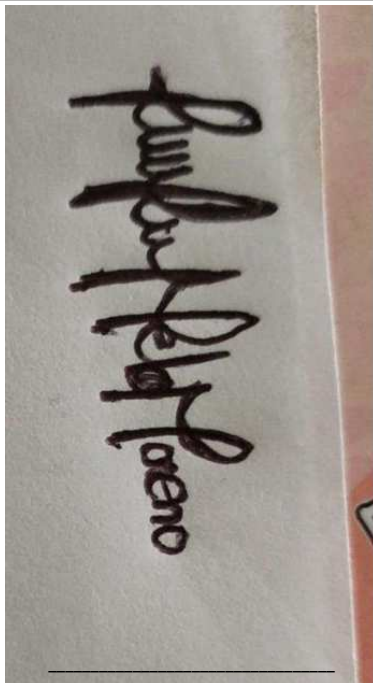
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR						
No. DE CONTRATO: 1343-2026	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MELO MORENO CINDY JOHANNA	DOCUMENTO: 1019117365						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 57.9 %							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Ejecuté de actividades asistenciales cumpliendo metas de producción y tiempos definidos por la institución
2. Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado.	Apliqué de procesos institucionales conforme a lineamientos y normatividad vigente
3. Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	Aplicación de protocolos de bioseguridad (lavado de manos, uso de EPP, desinfección, aislamiento)
4. Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio	Atendí de pacientes aplicando protocolos de enfermería y buenas prácticas clínicas.
5. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	Elaboré de informes mensuales y participación en capacitaciones institucionales.
6. Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	Ejecuté de actividades programadas conforme al cronograma del servicio.
7. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	Manejé reservado de la información clínica e institucional.
8. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	Participé en actividades del sistema de gestión de calidad.
9. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	Diligencíé completo, legible y oportuno de historia clínica y registros.
10. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso	Orienté al usuario y familia con trato humanizado.
11. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales	Apliqué de guías clínicas, protocolos y procedimientos institucionales.
12. Realizar registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución (registro de inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, todos los formatos institucionales, etc)	Registré y reporte en sistemas institucionales (inventarios, eventos adversos, etc.)

OBSERVACIONES:
192 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR: \$ 2.648.832 – DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE
---

Fecha: 31/05/2026	Fecha: 31/05/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916
-------------------	---



**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA**  
MELO MORENO CINDY JOHANNA  
CC: 1019117365

*Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.*

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** CINDY JOHANNA MELO MORENO  
**No. Identificación:** CC1019117365  
**Dirección:** KRA 157 A 131 A 37  
**Telefono:** 3115780  
**Correo:** cindyjmelomoreno@gmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8380052922

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

<b>Nombre Aportante</b>	CINDY JOHANNA MELO MORENO	<b>Número de Empleados</b>	1
<b>Tipo y número de identificación</b>	CC1019117365	<b>Periodo de Cotización Salud</b>	abril de 2026
<b>Número de planilla</b>	8380052922	<b>Periodo de Cotización Pensión</b>	abril de 2026
<b>Fecha pago</b>	2026-05-20	<b>Número de Administradoras</b>	3
<b>Número de autorización pago</b>	97620948	<b>Total Pagado</b>	542400
<b>Banco</b>	1023	<b>Total Intereses de Mora</b>	600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42800	1
230301	Porvenir	280500	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	219100	1

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 1019117365  
 APELLIDOS Y NOMBRES: CINDY JOHANNA MELO MORENO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0